FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE 723

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques GANGLOFF

Né le 11 Novembre 1919, au Havre (Seine-Inférieure).

Présentée et soutenue publiquement le ..... - 8 JUIL 1948 19.

GASTRECTOMIE

OPÉRATION BÉNIGNE

Président : M. BROCQ, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

8 JUIL 1948

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **GANGLOFF.**

Prénom : **Jacques.**

Date de Soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque.)

GANGLOFF (Jacques). - Gastrectomie, opération bénigne. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 44 *p.*, 11 *fig.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

GANGLOFF (Jacques). - Gastrectomie, opération bénigne. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 44 *p.*, 11 *fig.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

GANGLOFF (Jacques). - Gastrectomie, opération bénigne. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 44 *p.*, 11 *fig.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

GANGLOFF (Jacques). - Gastrectomie, opération bénigne. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 44 *p.*, 11 *fig.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques GANGLOFF

Né le 11 Novembre 1919, au Havre (Seine-Inférieure).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19.

GASTRECTOMIE

OPÉRATION BÉNIGNE

Président : M. BROCQ, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. VELTER.
Clinique ophtalmologique	PORTES.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles)
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	DELMAS.
	N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE.
	Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET.
	FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI.
	SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD.
	DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
	DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET.
	MAYER.
	SUREAU.
	VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE.
	HUGIER.
	LEGER.
	MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI.
	PATEL.
	ROUX.
	RUDLER.
	SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET.
	CACHERA.
	DECOURT.
	DREYFUS (G.).
	FAUVERT.
	GARCIN.
	HAMBURGER.
	KOURILSKY.
	LAMY.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MAURIC.
	SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE.
	MARIE (J.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique	
Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

AUX MIENS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES COMPAGNONS D'ETUDES

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BROCQ

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse.

Hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR JEAN DUVAL

Dont les travaux nous ont inspiré cette thèse.

En témoignage de reconnaissance.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGEZ.
MONSIEUR LE DOCTEUR SIMON.
MONSIEUR LE DOCTEUR GAMBILLARD.
MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDOUIN.
MONSIEUR LE DOCTEUR VINZENT.
MONSIEUR LE DOCTEUR POTE.
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUILLIE.
MONSIEUR LE DOCTEUR GAUCHET.
MONSIEUR LE DOCTEUR LANOS.
MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES.

A NOTRE AMI
MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES BECUE

En témoignage de sympathie.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE MAITRE
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN
MONSIEUR LE DOCTEUR HECART

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE ROUEN

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Le terme de gastrectomie opération bénigne ayant soulevé de nombreuses discussions tant à la Société de Gastro-entérologie que dans différents journaux médicaux, nous nous proposons en analysant les résultats obtenus par le Docteur DUVAL pendant l'année 1946, de montrer que l'ablation large de l'estomac est une opération bénigne d'un faible coefficient de mortalité.

Nous étudierons également quelques modifications apportées à sa technique dans l'ablation des ulcères haut situés de la petite courbure gastrique et des perfectionnements de l'instrumentation, surtout d'une pince duodénale permettant une fermeture rapide du duodénum.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

RESULTATS
MORTALITE – COMPLICATIONS

AVEC CETTE TECHNIQUE

Il a été opéré par le Docteur DUVAL pendant l'année 1946 :

GASTRECTOMIE TOTALE : 1

Opération très difficile faite à l'hôpital de Fécamp. Guérison rapide sans complication.

GASTRECTOMIES POUR ULCÈRES PEPTIQUES : 5.

Ces ulcères peptiques s'étaient produits après gastroentérostomies ce qui prouverait s'il en était besoin que la gastroentérostomie est une opération incomplète, qu'il ne faut faire que faute de mieux.

a) M. J..., cinquante-trois ans.

Gastrectomie pour ulcère peptique. Ce malade avait été opéré antérieurement pour un ulcère perforé et avait subi une gastro-entérostomie (grosses adhérences). Bien que très difficile, l'opération se passa sans incidents. Drainage et suites opératoires normales.

b) M. G..., quarante-cinq ans.

Gastrectomie très difficile ici encore. Ce malade avait subi une gastro-entérostomie et souffrait d'un ulcère peptique sur la bouche d'anastomose et d'une éventration. Bons résultats opératoires.

c) M. P..., quarante-deux ans.

Gastrectomie type Finsterer pour ulcère peptique de l'anse jéjunale (sur le côté du mésentère). Cet ulcère fut enlevé par

résection cunéiforme. Une fois fermée la bouche du grêle, on s'est servi de la même bouche pour l'anastomose. Pas de drainage, suites opératoires sans incidents.

d) M. G..., trente et un ans.

Gastrectomie type Finsterer pour ulcère peptique après gastro-entérostomie.

e) M. B..., trente-cinq ans.

Ce malade avait été opéré :

D'un ulcère perforé.

Puis successivement de deux éventrations.

Avait enfin subi une gastro-entérostomie.

Il continuait à souffrir et, à ce moment, l'on a pensé à un ulcère peptique et proposé une intervention.

On a découvert :

Un ulcère ancien cicatrisé et un duodénum rétréci.

Un ulcère peptique sur la face postérieure du grêle.

Après résection de l'ulcère et fermeture du grêle en trois plans on fit une anastomose gastro-intestinale sur une partie saine du grêle. Suites sans incidents.

Gastrectomies pour ulcères.

a) *Ulcères de la face postérieure* : 12.

Ce sont le plus souvent des interventions difficiles mais qui grâce à cette technique se déroulent sans trop de mal.

b) *Ulcères de la petite courbure.*

Opérations faciles : 74.
Opérations difficiles : 9.

Elles furent difficiles soit parce que les ulcères étaient très adhérents ou bien haut-situés; dans ce groupe entrent également des ulcères associés à d'autres ulcères (surtout duodénum) et des ulcères multiples.

Opérations très difficiles : 8.

Ce sont des ulcères très haut-situés, juxta-cardiaques.

c) Ulcères du pylore.

Faciles : 6.

Difficiles : 3.

d) Ulcères du duodénum.

Faciles : 50.

Difficiles : 21.

On trouve dans ces ulcères les associations avec les ulcères de la petite courbure et surtout des ulcères très adhérents au pancréas. C'est pour ceux-ci que le Docteur DUVAL conseille de ne pas céder à la facilité de la gastroentérostomie. La gastrectomie s'avère le plus souvent très réalisable.

e) Gastrites : 31.

Le cas de ces malades est assez particulier.

Le plus souvent ce sont des hommes et ils souffrent depuis des années. Des examens radiologiques ont été pratiqués qui n'ont montré aucune image d'ulcère. Le rythme des douleurs est irrégulier aussi bien le rythme journalier que le rythme des accès.

Ce sont des infirmes qui n'otiennent de soulagement passager que par les plâtrages et les alcalins. Ils sont constamment obligés d'avoir recours aux médicaments.

A ceux-ci toujours la gastrectomie apporte un soulagement immédiat et durable. Ces malades redeviennent des hommes normaux, ils peuvent reprendre l'alimentation qui leur plaît, sans être obligés de suivre un régime et sans médicaments.

L'opération est dans ce cas toujours simple et sans danger, et il semble qu'elle soit toujours à conseiller à ces malades.

f) *Gastrectomies atypiques* : 2.

Opérations très difficiles.

NÉOPLASMES.

a) *Petite courbure* : 6.

b) *Pylore* : 14.

Dans ce nombre entrent quatre tumeurs néoplasiques et dix tumeurs non néoplasiques.

En résumé, il y eût donc :

1 totale
61 gastrectomies très difficiles
181 gastrectomies faciles
soit au total 243 gastrectomies.
Mortalité 3, *soit un pourcentage de* 1,2 %.

MORTALITÉ.

1°. — Un malade qui avait été opéré de gastrectomie pour ulcère double haut-situé de la petite courbure. Il avait été nécessaire de faire une gastrectomie

sub-totale. L'opération avait été relativement facile, il n'y avait même pas eu de drainage. Ce malade est décédé le dixième jour du fait d'un désunion des sutures au voisinage de l'œsophage.

2°. — Un malade âgé de soixante-dix ans est décédé le troisième jour de l'intervention de pneumonie après une intervention facile.

3°. — Un malade âgé de soixante-cinq ans, extrêmement fatigué, est décédé le deuxième jour de shock opératoire. Il avait été nécessaire de faire une gastrectomie sub-totale pour un ulcère géant de la face postérieure de l'estomac. Le médecin traitant et la famille étaient prévenus de la gravité de l'intervention, étant donné le mauvais état du malade et l'importance de l'ulcère. Mais le malade qui souffrait énormément avait tenu à se faire opérer.

Complications.

Voici les quelques complications qui se sont produites après ces opérations :

1°) Une fistule du bout duodénal chez un malade opéré de gastrectomie pour ulcère peptique. Intervention très difficile, ce malade avait été opéré antérieurement d'un ulcère perforé et de gastroentérostome.

2°) Une petite fistule pour ulcère haut-situé de la petite courbure s'est cicatrisée rapidement.

3°) Une fistule pour section du canal pancréatique accessoire; cette fistule a persisté très longtemps et a fini par se tarir environ trois mois après l'intervention. Ce malade est actuellement traité dans un service de Paris pour diarrhée.

4°) Un abcès du poumon qui a guéri spontanément après avoir fait une vomique.

5°) Une hémorragie post-opératoire qui a cédé aux lavages gastriques chauds.

6°) Quelques complications pulmonaires qui ont cédé rapidement aux sulfamides ou plus récemment à la pénicilline.

7°) Quelques hématomes plus ou moins importants de la paroi.

On peut donc dire que dans la grande majorité des cas les suites opératoires furent bénignes sans température avec lever vers le quatrième ou le cinquième jour et départ entre le huitième et le douzième jour.

LA PREPARATION DES MALADES

Elle a été réduite à sa plus simple expression.

En effet neuf fois sur dix le Docteur LAVAL ne fait rien, sauf peut-être la recherche du temps de saignement et de coagulation afin de déceler une hémophilie.

L'opération se fait à estomac fermé, on ne fera pas de lavage d'estomac.

Le plus souvent le dosage d'urée dans le sang est superflu. En effet un vieil ulcéreux surtout s'il présente un certain degré de sténose fait facilement 0,50-0,60 voire 0,80 d'urée.

Nous avons l'observation d'un malade — sténose du pylore très serrée — qui avait un taux d'urée dans le sang à 2 gr. 70. L'ablation large de l'estomac fut faite, et après des suites opératoires simples le taux d'urée est tombée progressivement à 0,70 à la sortie du malade.

Tout dépend de l'intervention et de la technique opératoire elle-même, l'état antérieur du malade et sa préparation ne semblent que peu influer sur le résultat de la gastrectomie.

L'ANESTHESIE

L'anesthésie locale, gênante aussi bien pour le chirurgien que pour le malade semble devoir être abandonnée au profit de l'anesthésie générale qui dans la

majorité des cas ne nuit pas au malade. Il n'y a que lorsque celui-ci est vraiment très fatigué qu'elle reprend ses droits.

Une technique simple consiste après une prémédication banale — morphine une heure avant l'anesthésie elle-même — à administrer une dose assez faible d'évipan par exemple et à compléter au besoin par un peu d'éther au moment de la fermeture.

Il est évident que dans ce domaine la mise en pratique des anesthésies en circuit fermé au protoxyde d'azote et au cyclopropane fera bénéficier le malade d'un anesthésique moins schockant.

Ainsi donc, tous les malades peuvent se présenter sur la table d'opération, les statistiques qui précèdent prouvant que l'on ne peut prévoir ceux qui feront des complications, et que l'opération est bénigne.

LES MALADES

Puisque dans ce travail nous voulons montrer que la gastrectomie ainsi pratiquée est une opération bénigne, sans danger pour le malade, commençons par rechercher quels sont les malades que le Docteur DUVAL a opérés, quels soins ils ont reçus avant l'intervention, quels examens, quelle anesthésie.

L'AGE DES MALADES.

L'âge des malades ne semble en aucun cas devoir être une contre-indication à l'intervention. Les malades opérés dont il est fait mention ici s'échelonnent entre vingt et soixante-dix ans. Il est bien évident que les risques sont plus grands chez un vieillard cachectique que chez tout autre malade, c'est valable pour toute intervention chirurgicale, mais dans le cas qui nous

occupe, des malades âgés et fatigués ont très bien supporté l'opération, et les suites opératoires ne furent pas différentes des autres cas.

La variété de l'ulcère.

Le Docteur Duval a pratiqué l'exérèse de l'ulcère dans la majorité des cas qui se sont présentés, que ce soient des ulcères haut-situés sur la petite courbure juxta-cardiaques, pyloriques adhérents au foie ou à la tête du pancréas.

Il ne s'est abstenu que dans trois cas, c'étaient de vieux néoplasmes étendus et ayant largement infiltré les territoires ganglionnaires.

Les indications opératoires sont donc des plus larges, malades jeunes ou vieux, lésions bien ou mal placées, s'étendant également à des gastrites chroniques que l'exérèse d'une partie de l'estomac a guéries, rendant ainsi a une vie normale des malades qui avaient épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale, les infiltrations splanchniques comprises.

TECHNIQUE EMPLOYEE PAR LE DOCTEUR JEAN DUVAL

Elle diffère essentiellement des autres techniques par les points suivants :

Section de l'estomac de gauche à droite, de bas en haut, de la grande courbure vers la petite courbure.

Ligature dernière de la coronaire stomachique.

Intervention se passant entièrement à estomac fermé.

Péritonisation de la petite courbure une fois refaite par l'anse grêle qui vient ainsi renforcer la suture.

Nous aurons à revenir plus loin sur cette technique ainsi que sur quelques instruments qui ont rendu les plus grands services au Docteur J. DUVAL, tant par leur commodité que par le temps qu'ils font gagner.

TECHNIQUE OPERATOIRE DU DOCTEUR DUVAL

La qualité des sutures qui doivent être faites avec une fine aiguille de couturière est primordiale.

L'aiguille sertie catgut est préférable.

La réussite de l'intervention en dépend.

Il faut proscrire la petite aiguille de Reverdin trop traumatisante qui déchire les tissus.

ULCERES HAUT-SITUES DE LA PETITE COURBURE

Le Docteur DUVAL pratique une gastrectomie de gauche à droite avec section première de l'estomac et ligature dernière de la coronaire stomachique.

Incision pariétale.

Elle peut remonter très haut, il ne faut pas craindre d'inciser à droite et à gauche de l'appendice xyphoïde ni même de le réséquer.

Libération de l'estomac.

Comme dans une gastrectomie ordinaire on sectionne les vaisseaux courts de l'estomac et l'artère gastro-épiploïque gauche. La fermeture du duodénum se fait très vite grâce à deux pinces dont nous donnerons le détail plus loin.

Section de l'estomac (voir figure page 35).

Elle part de la gauche sur la grande courbure entre deux longues pinces de Kocher et progresse jusqu'à la petite courbure, en plaçant de proche en proche des pinces de Kocher ordinaires et en sectionnant entre elles.

Ces pinces servent successivement de tracteurs et permettent d'arriver sur le bord droit de l'œsophage.

Ligature dernière de la coronaire stomachique (voir figure page 36).

Quand l'estomac est totalement sectionné, et l'on s'en aperçoit à l'absence de muqueuse gastrique dans la coupe et au fait que le pédicule peut se cliver, la

ligature de la coronaire stomachique est relativement facile, infiniment plus en tous cas que dans la ligature première de ce pédicule.

Réfection de la petite courbure (voir figures pages 37, 38, 39 et 40).

L'estomac reste toujours bien extériorisé grâce aux pinces de Kocher qui servent de tracteurs.

La grande pince de Kocher placée en premier lieu marque la place de la future anastomose.

En se servant donc comme tracteurs des autres pinces on refait la petite courbure en commençant le plus souvent par le cardia.

La suture peut être faite par des points en U au fil de lin. Il reste à sectionner au ras de ces points le bourrelet écrasé par les pinces de Kocher, et à faire un surget d'enfouissement qui utilise peu d'étoffe.

Il est très important de faire soigneusement cette fermeture de la petite courbure.

Les points en seront rapprochés le plus possible pour assurer une étanchéité parfaite ainsi qu'une bonne hémostase.

Fixation de l'anse jéjunale (voir figures pages 41 et 42

Du haut en bas de cette petite courbure refaite on fixera l'anse jéjunale qui vient renforcer la suture et qui de plus a le grand avantage d'empêcher tout reflux vers le bout duodénal.

Cette technique particulière aux ulcères de la petite courbure haut situés est celle qu'emploie toujours le Docteur DUVAL, même lorsque la lésion bas située ne demanderait qu'une gastrectomie ordinaire.

ULCERES DUODENAUX

Dans tous les cas le Docteur DUVAL tente la gastrectomie large, trouvant incomplète la gastrectomie pour exclusion.

Partant du principe que même lorsque l'ulcère est découvert on ne peut pas dire si l'opération sera ou non facile, il conseille de ne pas se laisser tenter par l'intervention qui semble la plus simple.

Le plus souvent le plan de clivage duodéno-pancréatique se trouve sans trop de difficulté et il reste assez de tissu pour fermer convenablement le bout duodénal.

On péritonise ensuite.

SOINS POST-OPERATOIRES

Dans les cas normaux les soins sont pratiquement inexistants. Reprise rapide de l'alimentation et lever précoce.

DUREE DE L'INTERVENTION

En général le Docteur DUVAL opère rapidement, mais n'attache pas une importance excessive à la vitesse de l'acte opératoire.

La qualité des sutures et de l'anastomose est évidemment primordiale, sans qu'il soit pour cela nécessaire d'y passer trop de temps.

C'est pour faire bénéficier le malade d'une opération courte qu'il se sert de divers instruments que nous allons passer en revue; ils sont commodes, lui sont devenus indispensables, et font gagner beaucoup de temps.

INSTRUMENTATION

Depuis longtemps le Docteur DUVAL utilise :

Une longue pince sans griffes à extrémités recourbées.

Il s'en sert pour charger les pédicules lors de la libération de la grande courbure.

Elle se révèle surtout très commode pour charger un pédicule dans la profondeur, entre duodénum et pancréas, grâce à son extrémité recourbée et à sa longueur.

L'élasticité de ses deux branches la fait alors s'écarter automatiquement et permet le passage d'une aiguille de Reverdin mousse.

Elle sert également à charger le pédicule de la gastro-épiploïque gauche et de la coronaire stomachique.

Une pince fenêtrée transversalement (voir figures pages 32 et 34).

Pour la fermeture du duodénum.

Le duodénum est pris dans cette pince, sectionné ensuite.

Par la fenêtre de cette pince et avec une aiguille droite de couturière on fait passer un fil (point avant point arrière des couturières) et la pince ôtée il ne reste plus qu'à nouer le fil et à enfouir en un ou plusieurs plans le moignon et à péritoniser.

Plus récemment le Docteur DUVAL a fait construire,

Une pince fenêtrée longitudinalement (voir figure page 33).

Elle permet de fermer encore plus rapidement le duodénum.

Ce sont les courbures de la pince qui, en s'emboîtant les unes dans les autres, lorque l'on ferme celle-ci, plissent le duodénum.

L'aiguille droite, suivie de son fil, traverse la pince dans sa longueur en rencontrant la tranche plissée du duodénum. On ôte la pince et on noue.

Tous ces instruments aident à gagner du temps, l'opération dure rarement une heure, y compris ouverture et fermeture de la paroi; le plus souvent, l'intervention demande entre trente et quarante-cinq minutes.

CONCLUSION

Nous pensons qu'il est maintenant démontré qu'une intervention qui donne environ un pour cent de mortalité peut être considérée sans la moindre exagération comme une opération bénigne (statistique portant sur les résultats de l'année 1946, deux cent quarante-trois gastrectomies et trois décès).

Etant donnée la qualité des résultats obtenus dans la gastrectomie large, nous ne pensons pas qu'il faille hésiter à proposer cette intervention à des malades atteints d'ulcère gastro-duodénaux.

Les médecins de la région havraise sont maintenant très convaincus de cette idée et n'ont plus la moindre hésitation à confier leurs malades au chirurgien. Ils estiment à juste titre la gastrectomie comme une opération bénigne, lorsqu'elle est indiquée. C'est ce qui explique le nombre sans cesse croissant des gastrectomies faites en une année.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
BROCQ

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

Imprimerie
R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
PARIS (XIVe)